



Demande de règlement d'assurance invalidité

1. Demande de règlement d'assurance invalidité

Dans quelles situations faut-il faire une demande de règlement d'assurance invalidité?

- Si vous détenez l'une des assurances suivantes : Assurance invalidité ou Assurance Protection-paiement CIBC - Prêt personnel CIBC; Assurance invalidité Marge de crédit personnelle CIBC; Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC ou Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC; et
- Vous avez été atteint d'une invalidité au sens défini dans votre certificat d'assurance; et
- Vous avez terminé la période d'attente obligatoire suivant la date de votre invalidité au sens défini dans votre certificat d'assurance et vous n'avez pas repris le travail avant le prochain versement régulier suivant la période d'attente.

Quels sont les renseignements nécessaires pour faire une demande de règlement d'assurance invalidité?

- Les parties suivantes de la présente demande de règlement : **Déclaration du demandeur, Déclaration de l'employeur et Déclaration du médecin traitant**

Comment trouver le numéro de compte?

- Ouvrez une session dans Services bancaires CIBC en direct ou Services bancaires mobiles CIBC et allez à « Mes comptes ».
- Consultez vos relevés.
- Communiquez avec votre conseiller en centre bancaire.

Remarque : Pour les marges de crédit personnelles, indiquez le numéro de transit à 5 chiffres et le numéro de compte à 7 chiffres.

Où faut-il soumettre les demandes de règlement?

- **Courriel :** Appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020 pour configurer un courriel sécurisé.
- **Courrier postal :** Assurance CIBC / CIBC Insurance, PO Box 3020, Station A, Mississauga (Ontario) L5A 4M2

Remarque : Tout renseignement manquant peut retarder votre demande de règlement.

2. Que se passe-t-il après la soumission d'une demande de règlement?

- Vous demeurez responsable des versements sur votre prêt, votre marge de crédit personnelle (MCP) et votre prêt hypothécaire et des primes d'assurance jusqu'à l'approbation de la demande de règlement; tout versement admissible après la période d'attente applicable sera remboursé.
- Nous vous aviserons si d'autres renseignements sont nécessaires pour traiter votre demande de règlement.
- À l'approbation de votre demande de règlement, l'assureur versera vos prestations à la Banque CIBC aussi longtemps que vous y demeurerez admissible. Un avis indiquant le(s) versement(s) effectués en votre nom et la date jusqu'à laquelle les prestations pourraient se poursuivre vous sera envoyé.
- Si votre demande de règlement est refusée, l'assureur vous en informera par écrit.

Avez-vous besoin de plus amples renseignements?

- Pour en savoir plus sur les modalités, les restrictions, les exclusions et les autres dispositions de votre couverture, consultez votre certificat d'assurance.
- **Appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020.**

3. Votre vie privée nous tient à cœur - note de l'assureur

- L'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC et l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC sont établies par **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie** (« la Canada Vie »). Tous les régimes d'assurance sont administrés par la Banque CIBC et la Canada Vie, et ils sont assujettis à des modalités, conditions d'admissibilité, restrictions et exclusions décrites dans le certificat d'assurance qui vous a été remis au moment de la souscription. Vous pouvez communiquer avec la Canada Vie au www.canadavie.com ou au 1 800 387-4495.
- Lorsque vous avez demandé une couverture pour votre prêt personnel, votre marge de crédit personnelle ou votre prêt hypothécaire, vous avez donné à l'assureur des renseignements sur vous-même, que l'assureur a ajoutés à son dossier vous concernant. L'objet de ce dossier strictement confidentiel est de permettre à l'assureur et à ses réassureurs de mener toutes les activités d'assurance nécessaires, dont l'établissement de justes primes, la réception des paiements, l'évaluation et le paiement des demandes de règlement, et de vous tenir informé de l'état de votre couverture. L'assureur conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit sûr qu'il a autorisé.
- Seul le personnel dûment autorisé a accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent se trouver ailleurs qu'au Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être assujettis aux lois de ces autres pays. Si vous souhaitez connaître ou corriger les renseignements personnels contenus dans votre dossier de demande de règlement, appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020, nous serons heureux de vous aider.

Demande de règlement d'assurance invalidité

4. Déclaration du demandeur

Langue de correspondance préférée Anglais Français

Renseignements sur le ou les produits de prêt

Veillez fournir les renseignements ci-dessous pour chaque produit de prêt (prêt personnel, marge de crédit personnelle, prêt hypothécaire).
(Indiquez les produits de prêt supplémentaires en pièce jointe s'il y en a plus de quatre.)

Produit de prêt 1	Numéro de compte	Produit de prêt 2	Numéro de compte
Produit de prêt 3	Numéro de compte	Produit de prêt 4	Numéro de compte

Renseignements sur le centre bancaire (facultatif)

Nom du responsable en centre bancaire Transit

Adresse N° de tél. du centre bancaire Poste

Renseignements sur le demandeur

Titre Prénom Initiale(s) Nom de famille

Adresse postale (numéro et rue)

Ville Province/territoire Code postal

Numéro de téléphone Numéro de cellulaire (facultatif) Courriel (facultatif)

Date de naissance (jour mois année) Sexe Emploi à la date de l'invalidité

Courte description du poste

Travailleur autonome Oui Non

Type d'emploi (temps plein, temps partiel, contractuel, saisonnier, temporaire)

Dans le cas d'un emploi saisonnier, mois de travail habituels De : À :

Nom de l'employeur au moment de l'invalidité

Adresse (numéro et rue)

Ville Province/territoire Code postal

Numéro de téléphone Poste

Date de début de l'emploi (jour mois année)

Dernière journée travaillée (jour mois année)

Date ou date prévue du retour au travail (jour mois année)

Recevez-vous actuellement ou deviendrez-vous admissible à recevoir des prestations de l'une ou l'autre des sources suivantes en raison de votre invalidité? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Commission des accidents du travail
- Assurance-emploi
- Régime de pensions du Canada
- Régime de rentes du Québec
- Autre couverture d'assurance collective Indiquez le nom de l'assureur et le numéro de police
- Couverture d'assurance individuelle Indiquez le nom de l'assureur et le numéro de police

Demande de règlement d'assurance invalidité

4. Déclaration du demandeur (suite)

Indiquez le nom de l'employeur pour lequel vous travailliez avant de prendre votre assurance ainsi que le nombre d'heures travaillées chaque semaine.

Nom de l'employeur

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province/territoire

Code postal

Nombre total d'heures travaillées chaque semaine

Cause de l'invalidité Maladie Accident

En cas de maladie, date de début de la maladie (jour mois année)

En cas d'accident, date de l'accident (jour mois année)

Lieu de l'accident Travail Ailleurs (veuillez préciser)

Comment l'accident s'est-il produit? S'il s'agit d'un accident de la route, joignez le rapport de police.

Nature de la maladie ou de la blessure

Traitement actuel (médicaments, régime alimentaire, physiothérapie, etc.)

Avez-vous été hospitalisé pour ce problème?

Oui Non

Si oui, précisez la durée du séjour et fournissez une description.

Nom de l'hôpital

Numéro de téléphone de l'hôpital

Poste

Avez-vous déjà présenté le même problème ou un problème semblable?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer quand et fournir une description.

Nom du médecin de famille actuel

Numéro de téléphone du médecin

Poste

Adresse postale (numéro et rue)

Ville

Province/territoire

Code postal

Noms et adresses de tous les médecins qui vous ont traité au cours des 24 mois précédant l'entrée en vigueur de la présente assurance

Demande de règlement d'assurance invalidité

4. Déclaration du demandeur (suite)

Autorisation du demandeur de divulguer des renseignements personnels (facultatif)

Si vous souhaitez autoriser une autre personne que vous (comme un membre de la famille ou un ami) à communiquer en votre nom avec la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) concernant votre demande de règlement, veuillez remplir l'autorisation ci-dessous. Les communications se limiteront aux questions liées à votre demande de prestations. Cette autorisation restera valide pour la durée de la demande de prestations, à moins que vous ne la révoquiez. Une reproduction de la présente autorisation aura la même valeur que le document original.

J'autorise la Canada Vie à communiquer des renseignements personnels se rapportant à ma demande de prestations à :

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province/territoire	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de cellulaire (facultatif)	Courriel (facultatif)	
Relation			

Veuillez sélectionner une seule option (en l'absence d'une sélection, les renseignements médicaux ne seront pas divulgués à la personne autorisée désignée).

- Exclure les renseignements médicaux Inclure les renseignements médicaux

Signature et autorisation (à remplir par le demandeur)

- J'atteste que les déclarations fournies dans cette demande sont véridiques et complètes.
- Je comprends que La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie étudiera ma demande de règlement d'assurance invalidité en vertu de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC ou l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC.
- J'autorise l'assureur, ses agents et ses fournisseurs de services à recueillir et à utiliser les renseignements personnels me concernant (y compris les rapports de consultation, les renseignements sur les problèmes d'ordre psychologique et sur les problèmes liés au VIH ou au SIDA) dont ils ont besoin pour l'administration et l'approbation des demandes de règlement et dont la Banque CIBC a besoin pour administrer ma demande de règlement en vertu de ces polices collectives, ainsi qu'à en échanger entre eux et avec toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents pour la présente demande de règlement, y compris des professionnels de la santé, des établissements médicaux, des organismes d'enquête, des assureurs et réassureurs et des administrateurs de programmes de prestations gouvernementales et d'autres programmes de prestations.
- Demandes de règlement d'assurance hypothécaire : J'autorise l'utilisation des renseignements me concernant recueillis en lien avec la présente demande de règlement d'assurance pour prêt hypothécaire aux fins de l'examen et de l'administration de toute autre assurance que je pourrais avoir sur le prêt hypothécaire assuré.
- Aux fins de l'administration de la présente demande de règlement, la Canada Vie peut communiquer avec moi aux coordonnées fournies ci-dessus.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que le document original et celle-ci restera en vigueur pour la durée de ma demande de prestations.

_____	_____	X _____
Date (jour mois année)	Nom du demandeur	Signature (signer dans la case)

Demande de règlement d'assurance invalidité

5. Déclaration de l'employeur

Cette partie doit être remplie par l'employeur pour lequel vous travaillez quand l'invalidité a commencé. Si vous étiez sans emploi à la date de votre invalidité, elle doit être remplie par l'employeur pour lequel vous avez travaillé en dernier. Si vous êtes un travailleur autonome, vous devez remplir vous-même cette partie.

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province/territoire

Code postal

Renseignements sur le demandeur

Titre

Prénom

Initiale(s)

Nom de famille

Emploi en date de la dernière journée travaillée

Nombre d'heures travaillées
par semaine

Type d'emploi (temps plein, temps partiel,
contractuel, saisonnier, temporaire)

Dans le cas d'un emploi saisonnier, indiquez les mois de travail (inclusivement)

De : _____ À : _____

Date de début de l'emploi
(jour mois année)

Date de la dernière journée travaillée
(jour mois année)

Date ou date prévue du retour au
travail (jour mois année)

Le retour au travail a eu lieu ou aura lieu dans le type
d'emploi suivant (temps plein, temps partiel,
contractuel, saisonnier, temporaire)

Raison de l'arrêt de travail

Courte description des fonctions et des exigences physiques liées au poste (p. ex., temps passé en position debout, penchée ou assise ou à soulever des charges) Veuillez joindre une copie de la description de poste.

Une demande de règlement
a-t-elle été soumise à la
Commission des accidents
du travail?

Oui Non

Si oui, indiquez l'adresse du bureau.

Nom de la compagnie d'assurance (autre que la Commission des accidents du travail) fournissant une couverture d'assurance invalidité collective à votre employé ou à votre ancien employé.

Personne-ressource

Numéro de la police

Numéro de téléphone

Poste

5. Déclaration de l'employeur (suite)

Renseignements sur le représentant autorisé de l'employeur

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille

Poste

Numéro de téléphone	Poste	Numéro de télécopieur	Poste	Courriel

Signature et autorisation (à remplir par le représentant autorisé de l'employeur)

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts selon les dossiers de l'organisation.

_____	_____	X	_____
Date (jour mois année)	Nom		Signature (signer dans la case)

Veillez retourner la présente formule à votre employé ou à votre ancien employé.

6. Déclaration du médecin traitant

Le demandeur doit remplir et signer la Partie 1 – Renseignements sur le patient et autorisation ci-dessous avant de demander au médecin de remplir la Partie 2 – Déclaration du médecin.

Partie 1 - Renseignements sur le patient et autorisation

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date de naissance (jour mois année)

Je donne mon consentement et j'autorise tout médecin, tout hôpital, toute clinique ou tout établissement médical, le Bureau de renseignements médicaux (MIB), toute compagnie d'assurance ou toute autre organisation, institution ou personne ayant, ou qui pourrait avoir à l'avenir, tout dossier me concernant ou concernant ma santé à divulguer et à obtenir tout renseignement personnel à mon sujet (y compris les rapports de consultation, les renseignements sur les problèmes d'ordre psychologique et sur les problèmes liés au VIH ou au SIDA) à ou auprès de la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, si ma demande de règlement porte sur une invalidité en vertu de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, de l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, de l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC ou de l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC aux fins du processus d'approbation ou de l'évaluation d'une demande de règlement, et à ou auprès de la Banque CIBC à titre d'administrateur en vertu des polices.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que le document original et celle-ci restera en vigueur pour la durée de ma demande de prestations.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	X <input type="text"/>
Date (jour mois année)	Nom du patient	Signature du patient (signer dans la case)

Partie 2 - Déclaration du médecin

Remarque : Il incombe au demandeur de payer tous les frais associés à la préparation de la présente demande.

Historique

Depuis combien de temps le demandeur est-il votre patient?	Années	Mois	Date de diagnostic du problème ayant causé l'invalidité (jour mois année)	Date à laquelle le patient a été touché par une invalidité (jour mois année)	Date de la première visite au cours des 12 mois suivant la date de l'invalidité totale (jour mois année)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le patient a-t-il déjà présenté le même problème ou un problème semblable? Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez indiquer quand et fournir une description.

Le problème est-il considéré comme étant chronique? Oui Non

Le problème est-il attribuable à une blessure ou à une maladie liée à l'emploi du patient? Oui Non Inconnu

Qu'est-ce qui a causé l'absence du travail?

Noms et adresses des autres médecins traitants

1. Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse (numéro et rue)

Ville	Province/territoire	Code postal	Numéro de téléphone	Poste
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Spécialité	Numéro de télécopieur	Poste
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse (numéro et rue)

Ville	Province/territoire	Code postal	Numéro de téléphone	Poste
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Spécialité	Numéro de télécopieur	Poste
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Déclaration du médecin traitant (suite)

Partie 2 - Déclaration du médecin (suite)

Cause de l'invalidité

Diagnostic primaire (y compris toute complication)

Diagnostic secondaire (le cas échéant)

Problèmes ou complications supplémentaires qui pourraient influencer sur la durée de l'absence du travail

Symptômes subjectifs

Signes objectifs (y compris les résultats actuels de radiographies, d'ECG, d'IRM et de TDM ou les données de laboratoire et tout autre résultat clinique pertinent). Veuillez fournir des copies.

Le patient reçoit-il un traitement lié à la consommation d'alcool ou de drogues ou a-t-il besoin d'un tel traitement? Oui Non

Si c'est pertinent, tension artérielle au moment de la dernière consultation

Si oui, veuillez indiquer tous les détails du programme de réadaptation.

Limitations fonctionnelles actuelles

Fonction	Degré de limitation				
Capacités cognitives	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Parole	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Audition	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Sensibilité	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Psychologie	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Conduite automobile	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Marche	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Position debout	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Capacité à grimper	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Position assise	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Position penchée	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Soulèvement de charges	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Dextérité	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas
Vision	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Grave	<input type="radio"/> Je ne sais pas

Veuillez indiquer toute autre limitation fonctionnelle causée par la blessure ou la maladie :

_____ Léger Modéré Grave Je ne sais pas

_____ Léger Modéré Grave Je ne sais pas

Veuillez indiquer le poids maximum recommandé.

Livres ou kilogrammes

6. Déclaration du médecin traitant (suite)

Partie 2 - Déclaration du médecin (suite)

Décrivez toute limitation fonctionnelle, physique ou psychologique que vous considérez comme étant un obstacle important relativement à la capacité à travailler de la personne.

Des évaluations des capacités fonctionnelles ont-elles été effectuées? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer quand et le type d'évaluation.

Traitement

Date de la première visite pour le problème ayant causé l'invalidité (jour mois année)

Date de la dernière visite pour le problème ayant causé l'invalidité (jour mois année)

Fréquence des visites Toutes les semaines Tous les mois Autre (précisez) _____

Nature du traitement (y compris les interventions chirurgicales, la physiothérapie et les médicaments prescrits, s'il y a lieu)

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Si non, veuillez commenter.

Progrès

Comment l'état du patient évolue-t-il? Guérison Amélioration Aucune amélioration Régression

Veuillez commenter

Pronostic

Le patient est-il actuellement en situation d'invalidité professionnelle totale? Oui Non

Si oui, indiquez la date à laquelle vous estimez que le patient sera en mesure de reprendre le travail (jour mois année)

Si non, indiquez la date à laquelle le patient a été en mesure de reprendre le travail (jour mois année)

Si la date de retour au travail est inconnue, indiquez une estimation

Serait-il approprié pour le patient de reprendre le travail à l'essai ou de suivre un programme de réadaptation? Oui Non

Si oui, indiquez la date (jour mois année)

Si la patiente est enceinte, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (jour mois année)

Demande de règlement d'assurance invalidité

6. Déclaration du médecin traitant (suite)

Partie 2 - Déclaration du médecin (suite)

Renseignements sur les orientations vers d'autres professionnels

Le patient a-t-il été orienté vers un autre médecin? Oui Non

Si oui, date de l'orientation (jour mois année) _____

Titre _____ Prénom _____

Initiale(s) _____ Nom de famille _____

Adresse postale (numéro et rue) _____

Ville _____ Province/territoire _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Poste _____

Numéro de télécopieur _____ Poste _____

Spécialité _____

Renseignements sur le médecin traitant

Titre _____ Prénom _____

Initiale(s) _____ Nom de famille _____

Nom de l'établissement (hôpital, centre médical) _____

Adresse postale (numéro et rue) _____

Ville _____ Province/territoire _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Poste _____

Numéro de télécopieur _____ Poste _____

Spécialité _____

En signant cette demande, vous attestez que les réponses données ci-dessus sont, à votre connaissance, complètes et exactes.

_____ X _____

Date (jour mois année) _____ Nom _____ Signature (signer dans la case)

Veillez retourner la présente formule à votre patient.

Le patient est responsable de protéger cette formule et de tous les changements apportés pour la compléter.